

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024638

申请日期: 2024年11月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	邢		女	2018年8月28日			广东省揭阳市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	T淋巴母细胞淋巴瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2024年7月3日	30-40万元		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;	
	父亲	邢	30	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 6万 元	
	母亲	杨	29	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车	
						4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
申请救助理由(请详细描述)	病童邢 于2024年6月20日发现颈部肿物,到揭阳市医院就诊,查颈部CT提示考虑偏恶性肿瘤,于2024年6月25日到广东省妇幼保健院完善开放性颈部纵隔肿瘤活检术考虑淋巴瘤可能性大,2024年7月3日转入中山大学孙逸仙纪念医院(北院)治疗,从患病至今共花费10余万元,仅靠父亲的收入承担,后期还需要大额的资金治疗,本就普通的家庭生活陷入困境,特向贵会申请医疗救助,望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2024年11月6日						
医院填写	疾病诊断及治疗费用: 患儿确诊“T淋巴母细胞淋巴瘤”,治疗总费用预计 30-40 万元。 医师签名: 2024年11月8日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 3 万元 (大写: 3 万 仟 佰 拾 元 角 分)						
	负责人签名: 林伟吟 2024年11月11日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年11月18日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王颂汤爱心奖救助款收据

病童姓名: 邢 [redacted] 性别: 女 年龄: 6
病种: T淋巴瘤细胞淋巴瘤治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为邢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年11月20日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:邢 性别:女 年龄:5岁10月5天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:邢	住院号:	出生地:广东省揭阳市 (区)
性别:女	年龄:5岁10月5天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-07-03 09:27		出院日期:2024-07-19
出院诊断:T淋巴母细胞淋巴瘤/白血病(IV期,骨髓侵犯,CNS1);低钾血症;维生素D缺乏;化疗后骨髓抑制II度;EB病毒感染		
出院医嘱:详见出院小结。		
记录日期:2024-07-19 16:22		医生:彭晓敏

证 明

兹有我社区居民邢仁[REDACTED]，男，身份证号码

[REDACTED]，其女儿邢[REDACTED]（身份证号码

[REDACTED]）因 2024 年 6 月份患 T 淋巴母细胞白血

病/淋巴瘤在广州治疗，父母无固定经济来源，生活困难，请有

关单位给予经济支持为盼！

特此证明

电话：[REDACTED]

揭阳市榕城区[REDACTED]



2024年11月1日

